

Hémorragie de Benckiser avec fœtus vivant

J. Kazadi Buanga*

* Departamento de Ginecología (Pr G. López), Clínica Universitaria de Navarra, PAMPLONA, Espagne.

RÉSUMÉ

À l'occasion d'une observation d'hémorragie de Benckiser avec fœtus vivant, l'auteur expose les circonstances cliniques, les différents diagnostics différentiels, ainsi que les moyens cliniques et paracliniques permettant de clarifier la situation.

SUMMARY

Benckiser's hemorrhage with a live fetus. — In the context of a case of Benckiser's hemorrhage with a live fetus, the authors describe the clinical circumstances, the differential diagnoses and the clinical and paraclinical methods which can be used to clarify the situation.

PRÉSENTATION

La survenue d'une hémorragie au cours du troisième trimestre de la grossesse, outre le degré de gravité qu'elle suppose, fait poser au gynécologue le problème de diagnostic et de la conduite à tenir.

Les grandes causes classiques sont connues, d'autres sont citées à titre de diagnostic différentiel parmi lesquelles l'hémorragie de Benckiser. Celle-ci se caractérise par une insertion vélamenteuse du cordon associée à la présence de vaisseau prævia [3] qui se déchire lors de la rupture des membranes.

OBSERVATION

Mme M.Y., 33 ans secondigeste, primipare, avec incompatibilité matrimoniale Rh, est admise en urgente à la 38^e semaine d'une aménorrhée gestationnelle pour rupture prématurée et hémorragique des membranes.

Les antécédents retrouvent une ménarche à 12 ans, une formule menstruelle de 3/26 et un accouchement eutocique à terme d'une fille de 3,350 kg, Rh positif.

La grossesse actuelle a évolué sans incidente : sérologie syphilitique négative, sérologie de toxoplasmose et de rubéole témoignent de l'immunité maternelle ; hémogramme, urine, tests de coagulation et tests de Coombs indirects sont normaux. La dernière échographie faite deux jours avant l'admission montre:

- un fœtus en sacro-iliaque gauche antérieur avec une biométrie correspondant à la date d'aménorrhée et sans anomalies morphologiques;
- un placenta antérieur, 0 de McCafee, 2 de Denhez, 2 de Granum, d'une épaisseur de 40 mm;
- un liquide amniotique normal;
- un Döppler ombilical (S = 52,4 D = 26,2 SD = 2) et « arcuata » (S = 62,33 D = 46,33 SD = 74,33) normal.

L'état de la femme est satisfaisant (elle ne présente pas de signe d'anémie) et on note une perte continue du liquide amniotique teinté de sang.

Ayant écarté par échographie un placenta prævia, on fait un toucher vaginal qui nous donne une formule cervicale de [2 - 0,5 / 1 - p] (- 3). Le temps d'alerter le collaborateur clinique, le monitoring montre une bradycardie fœtale en l'absence de dynamique utérine.

Une césarienne urgente est réalisée au cours de laquelle on extrait une filie de 3,055 kg, Apgar 6-8-10, Rh positif ; elle a une hémoglobine de 10,0, un Coombs direct négatif et une gazométrie ombilicale légèrement pathologique.

La délivrance manuelle ramène un placenta ovale, complet, de 22 X 19 cm, de 430 g, ayant un cordon ombilical long de 43 cm inséré sur les membranes. Son examen minutieux identifie une rupture d'une ramification vasculaire de petit calibre.

La patiente a quitté la Clinique 8^e jour post-opératoire dans un état satisfaisant, ayant reçu au premier jour une injection de gammaglobuline anti-D.

COMMENTAIRES

On appelle « insertion vélamenteuse » quand le cordon, au lieu de s'insérer sur le placenta, s'insère sur les membranes, loin du bord placentaire [4, 6, 10, 11] et ses ramifications vasculaires gagnent « à nu » le placenta entre chorion et amnios. Sa fréquence est estimée à 1 p. cent [2, 6].

Outre les risques potentiels (asphyxie, hémorragie fœtales) qui peuvent survenir durant la grossesse [6, 8, 11], cette insertion revêt toute sa gravité lors de la rupture spontanée ou artificielle des membranes [1, 5, 8, 10] par la survenue d'une hémorragie fœtale dénommée « hémorragie de Benckiser » dont la mortalité périnatale est estimée à 50-80 p. cent [1, 11] et qui n'affecte nullement la gestante [1, 9, 10, 12].

Le diagnostic peut être posé par l'anamnèse et par exclusion: à la rupture des membranes apparaissent brusquement et presque simultanément un liquide amniotique hémorragique et une bradychardie fœtale [1, 8, 11], ce qui, dans une large mesure, facilite le diagnostic différentiel avec :

- le placenta prævia : l'hémorragie fœto-maternelle, faite du sang rouge, est antérieure à la rupture des membranes et peut cesser quand on réalise une large amniotomie [6, 8, 11].

- L'hématome rétroplacentaire (DPPNI): l'hémorragie fœto-maternelle, faite de sang brun (s'il s'exteriorise), est antérieure à la rupture des membranes et ne cède pas à l'amniotomie. En plus, on note un utérus de Couvelaire, des signes de spoliation sanguine et des antécédents du syndrome vasculo-rénal de la grossesse [11].
- L'hémorragie génitale basse (varicosité cervicale...) : faite de sang maternel, elle peut être antérieure à la rupture des membranes et n'affecte pratiquement pas le fœtus. La mise en place d'un spéculum permet facilement d'identifier l'origine du saignement.
- L'hémorragie du sinus marginal : faite de sang rouge, elle nécessite à la délivrance de visualiser un hématome sur le bord placentaire. L'hémorragie, de type veineux, est de moindre gravité pour la gestante et pour le fœtus [1, 3].
- Le placenta circumvalata, dû à un développement exagéré du trophoblaste qui dépasse la plaque choriale, est caractérisé par l'apparition, à partir du deuxième trimestre, de petites hémorragies répétées associées à l'hydrorhée [1].
- Cependant le diagnostic différentiel reste très difficile avec l'hémorragie due à la rupture d'un vaisseau prævia car cette dernière mime de près l'hémorragie de Benckiser ; seul l'examen du délivre aide à porter un diagnostic différentiel par l'absence d'insertion vélamenteuse du cordon [9].

Durant la grossesse, il est cliniquement difficile de diagnostiquer un cordon vélamenteux. Durant le travail, à une certaine dilatation, on peut, avant la rupture des membranes, au toucher vaginal, palper un vaisseau battant non synchrone au pouls maternel [4].

Tous les auteurs recommandent de diagnostiquer l'hémorragie de Benckiser et par voie de conséquence une insertion vélamenteuse du cordon pour pouvoir, selon les conditions obstétricales, soustraire le fœtus à la mort, soit par voie vaginale (ventouse, forceps), soit par voie haute [1-5, 8-11]. A cet effet, Pent et Beischer [1], et McKay, Pent [11] recommandent le test d'APT : quand survient une hémorragie durant la grossesse ou durant le travail, un échantillon du sang prélevé au niveau du vagin, auquel on ajoute de l'hydroxyde de sodium à 10 %, restera rouge s'il est d'origine fœtale (car l'hémoglobine fœtale se dénature difficilement en milieu alcalin) et devient marron s'il est d'origine maternelle.

Peut-être que le diagnostic prophylactique pourrait être assuré par l'échographie que recommandent Caderas de Kerleau et coll. [2], et Duchatel et coll. [4].

RÉFÉRENCES

1. Beischer N.A., McKay E.V. — *Obstetricia y neonatologia*, p. 170. Madrid, Interamericana, McGraw-Hill, 1988.
2. Caderas de Kerleau C., Durand G., Teissedre J.F., Panthene M. — Hémorragie de Benckiser avec décès fœtal. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. (Paris)*, 1977, 6, 1197.
3. Fisch J.S., Bartolomew R.A., Colvin E.D., Grimes W.H. — The role of marginal sinus rupture in ante-natal hemorrhage. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1951, 61, 20.
4. Duchatel F., Delseny P., Lhuiller P., Maroussie A., O'Hara R., Williams E. — L'hémorragie de Benckiser. *Rev. fr. Gynécol. Obstét.*, 1982, 77, 739-745.

5. Lull C.B., Kimbrough R.A. — *Obstetricia clinica*, p. 276. Mexico, Interamericana, 1954.
6. Merger R., Lévy J., Melchior J. — *Précis d'obstétrique*, 5^e éd., p. 283. Paris, Masson, 1979.
7. Novak E., Novak E.R. — *Gynecologic and obstetric pathology*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1958.
8. Orcoyen J.G., Recasens-Mendez E., Fernandez-Villera E. — *Tratado de obstetricia*, 8^e éd., Salvat Editores, p. 615. Barcelona, Salvat, 1969.
9. Pent D. — *Vasa previa*. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1979, 134, 151-155.
10. Perez M.L. — *Tratado de obstetricia*, 5^e éd., toma II pp. 324, 610, 682. , Buenos-Aires, Aniceta Lopez, 1945.
11. Pschyrembel W. — *Obstetricia pratica*, pp. 552, 553, 554, 555. Madrid, Editorial Labor, 1955.
12. Wilson J.R., Carrington E.R. — *Obstetrics and gynecology*, 6^e éd., p. 362. Londres, C.V. Mosby, 1979.